Aus dem Hygienischen Institut der Universität Berlin
(Direktor: Professor Dr. H. Zeiss)

Erhebungen über das hygienische Wissen der Bevölkerung.

Der Mangel an hygienischem Wissen bei den Müttern als Ursache von Schädigungen der Kinder.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Brigitte Winckler
aus Berlin

Tag der Promotion: 15. Juli 1939

Berlin
Buch- und Verlagsdruckerei H. Heenemann KG.
1939

M 138

„Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin“

Dekan: Professor Dr. med. Siebeck
Referent: Professor Dr. med. Zeiß

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Einleitung:

Bedeutung der Arbeit — Gang der Untersuchungen — Vor- und Nachteile der Darstellungsart 5

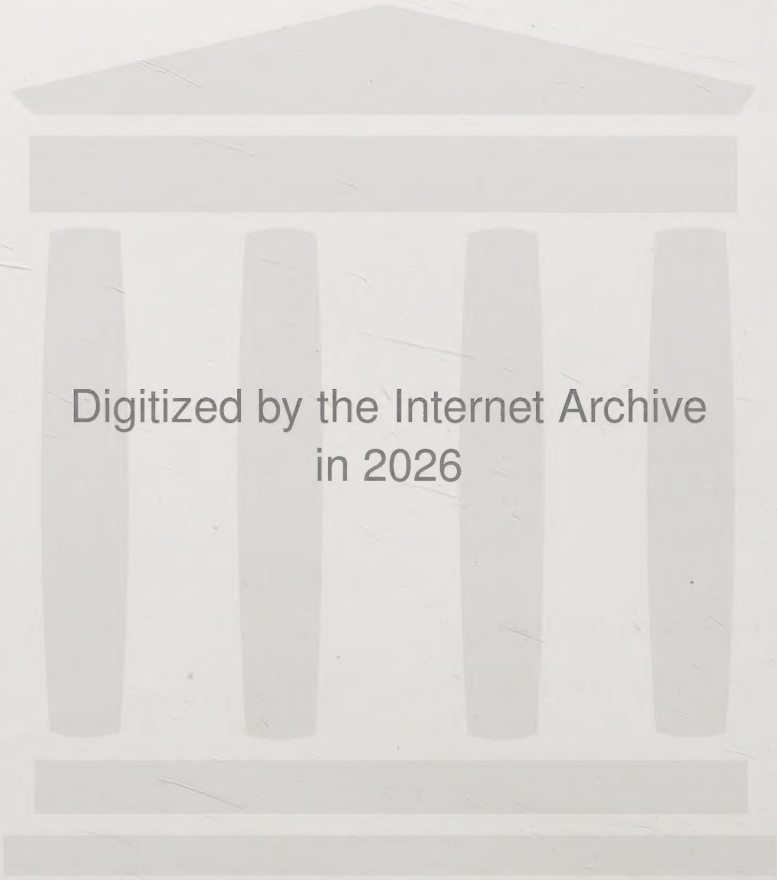
Der Wissenschatz der Mütter:

Ernährung 7
Stillfrage 10
Körperpflege 17
Tuberkulose 19
Ansteckende Kinderkrankheiten 21
Wundversorgung 22
Bekleidung 23
Erziehung 25

Wege der hygienischen Belehrung 27

Bisherige Erfolge der Gesundheitsfürsorge 29

Schrifttum 33


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548011_0091

Einleitung.

Der Mangel an hygienischen Kenntnissen bei den Müttern führt häufig zu Fehlern, welche bei der Pflege und Aufzucht der Kinder begangen werden. Die Erkrankung der Kinder ist die Folge. Diesem Mangel an Wissen abzuhelfen, um dadurch die Gefährdung des Gesundheitszustandes der Kinder herabzumindern, ist besser als die sorgfältigste Behandlung eines schon eingetretenen Schadens, den man hätte vermeiden können. Die in diesem Gedanken vorgenommene Aufklärung der Mütter hat bisher schon ihre unbestreitbaren Erfolge gehabt. So konnte z. B. die Belehrung über die richtige Ernährung des Säuglings, dessen Ernährungsstörung und das dabei notwendige Verhalten usw., die Säuglingssterblichkeit, besonders die früher so gefürchtete Sommersterblichkeit, sehr stark herabmindern. Zahlreiche andere Beispiele ließen sich für die Erfolge der „vorbeugenden Gesundheitspflege" durch Aufklärung anführen.

Trotzdem begegnen wir täglich immer noch einer Vielfalt von Fehlern, die seitens der Mütter bei der Pflege ihrer Kinder gemacht werden.

Ueber diese täglich vorkommenden Irrtümer und deren Folgen möchte ich aus meiner eigenen Tätigkeit berichten. Als Kinderpflegerin, ferner als Helferin in der Familienfürsorge der NS.-Volkswohlfahrt hatte ich Gelegenheit, eigene Erfahrungen darüber zu machen. Einen Teil meiner Untersuchungen nahm ich eigens für vorliegende Arbeit vor.

Meine Untersuchungen verliefen etwa folgendermaßen: Zuerst fragte ich nach Geburt, Gedeihen und früheren Krankheiten des Kindes, dann nach Stilldauer und späterer Ernährung. Dabei stellte ich möglichst genau die Art der Nahrung, ihre Menge und Zubereitung fest. Die Körperpflege betreffend erkundigte ich mich weiterhin, wie oft das Kind gebadet oder ganz abgewaschen würde, ob mit warmem oder kaltem Wasser, wie das Kind im Winter und Sommer gekleidet würde. Immer habe ich mir die Betten genau beschreiben lassen, ob für jedes Kind ein eigenes Bett vorhanden und wie es sonst im einzelnen beschaffen wäre. Dann ließ ich mir die Zeiteinteilung des Tageslaufes des Kindes sagen: Wann das Kind morgens aufstehe, ob es mittags schlafe, wie lange also die Gesamtschlafzeit sei, ob es regelmäßig esse, ob und wie lange es täglich im Freien, wie sein Spielplatz zu Hause beschaffen sei und womit es sich dort meist beschäftige. Bei Schulkindern stellte ich die durchschnittliche Dauer der Schulstunden, der Schulaufgaben und die Beschäftigung in der Freizeit, besonders sonntags, fest.

Während dieser Fragen kam ich meist mit der Mutter in ein lebhaftes Gespräch, so daß sie mir auch außerhalb dieses Rahmens noch viele Dinge mitteilte, die mir einen guten Gesamtüberblick über die Familienverhältnisse vermittelten. Meine zahlreichen Hausbesuche gaben mir Gelegenheit, einen Einblick in die verschiedenartigsten Lebensgewohnheiten zu tun.

So versuche ich in folgendem, an Hand von „Fällen" den Zusammenhang eines Fehlers der Mutter mit dem Schaden des Kindes aufzudecken. Eine derartige Darstellung hat ihre Vor- und Nachteile. Einen Vorteil erblicke ich in der Anschaulichkeit des „Falles". Sie stellt den Fehlschluß der Mutter, der sie zu der fehlerhaften Handlungsweise an ihrem Kinde führte, heraus.

Ein Nachteil besteht darin, daß meine Untersuchungen nicht geeignet sind, zahlenmäßige Rückschlüsse über die Häufigkeit dieses oder jenes Fehlers anzustellen. Abgesehen von der Kleinheit der Zahl sind sie z. T. im Hinblick auf diese Arbeit gemacht worden, daher können sie nicht die Grundlage bieten, um Durchschnittswerte daraus herzuleiten. Die zahlenmäßige Erfassung wäre sehr geeignet, die Erfolge der Aufklärungsarbeit ständig zu überprüfen, sie würde aber genaue statistische Erhebungen erfordern, zu denen eine langjährige Beobachtungszeit unumgänglich wäre. Soweit zahlenmäßige Erhebungen über die angeschnittenen Fragen vorliegen (Stillfrage, Aufzuchtsbedingungen), gehe ich auf sie ein.

Die hygienische Belehrung der Mütter gehört zu den „Lebensfragen" der Familie, der „biologischen Zelle des Volkskörpers" (H. Z e i ß 19). Meine Ausführungen beanspruchen keineswegs, vollständig zu sein, sie sollen lediglich von der täglich notwendigen Kleinarbeit berichten, die der gesundheitlichen Familienpflege zugute kommen soll.

Der Wissensschatz der Mütter.

Ernährung.

Die Mütter müssen auf die Notwendigkeit der Brustmilchernährung für ihre Kinder immer wieder hingewiesen werden. Es muß ihnen noch eindringlicher klar gemacht werden, daß dem Säugling mit der Muttermilch Schutzstoffe gegen ansteckende Krankheiten mitgegeben werden, ohne die er viel stärker den Gefahren einer derartigen Krankheit ausgesetzt ist:

Der dritte Sohn von gesunden jungen Eltern, 3 Monate alt, wurde 2 Monate gestillt. Er nahm dabei gut zu, durchschnittlich 20 g täglich. Dann stillte die Mutter ab, da sie angeblich „schlecht aussah". Einer ärztlichen Untersuchung unterzog sie sich nicht, hatte auch keine besonderen Beschwerden. Das Kind wurde nun mit Halbmilch und Kohlehydraten ernährt, nahm aber nach einer Gewichtsabnahme im Anfang nur noch ganz wenig zu, wurde blaß und unruhig. Mit 3 Monaten stellte sich „infolge Erkältung" Husten ein, der sich bald verschlimmerte. Das Kind wurde mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus gebracht, wo es einige Stunden nach der Aufnahme starb. Die Mutter erzählte, daß sie die beiden ersten Kinder auch nicht länger gestillt hätte und „es sei alles gut gegangen". Es war ihr nicht klar, daß es zwar möglich ist, ein Kind mit künstlicher Nahrung großzuziehen, daß es aber nicht gleichgültig ist, ob das Kind künstlich oder mit Muttermilch ernährt wurde, besonders wenn eine Krankheit dazukommt. Ferner wußte sie nicht, daß die sog. „Erkältung" eine ansteckende Krankheit ist, die durch Erwachsene infolge Unachtsamkeit auf den Säugling übertragen werden kann.

Ein weiterer Fall zeigt, wie die Werbetätigkeit für künstliche Nährmittel einen ungünstigen Einfluß auf die Stilldauer nimmt. Die Mütter glauben oft, daß ein solches Nährmittel einen ausreichenden Ersatz der Frauenmilch darstellt:

Eine sehr wohlhabende junge Mutter brachte außer ihrem 4jährigen Sohn ihre 4 Monate alte Tochter in ein Kinderheim, da sie ihren Mann auf einer Reise begleiten wollte. Das Kind war nur 14 Tage gestillt und dann mit einem käuflichen Nährmittel genährt worden. Das Kind war fahlblaß, schrie viel, wog 4100 g, obgleich seiner Länge ein Gewicht von mindestens 5000 g entsprochen hätte. Das Kind befand sich in einem gefährdeten Zustand, so daß es sofort in ärztliche Behandlung gegeben werden mußte.

Ein anderes Beispiel zeigt, wie zu kurzes Stillen und die Unwissenheit der Mutter bei einer Ernährungsstörung zu schwerer Schädigung des Kindes führte. Es muß von den Müttern erreicht werden, daß sie keinen selbständigen Heilversuch bei ihrem er-

nährungsgestörten Säugling machen, sondern sofort einen Arzt oder die Beratungsstelle aufsuchen:

Der 3 Monate alte Sohn eines Postbeamten, das erste Kind, wird von der 35jährigen Mutter mit viel Sorgfalt gepflegt. Sie stillte aber mit 2½ Monaten ab, da sie an heftigen Rückenschmerzen litt. Das Kind wird auf Anraten der Fürsorgestelle auf Halbmilch umgesetzt. 14 Tage danach treten starke Durchfälle bei dem Kind auf. Die Mutter holt keinen Arzt, sondern glaubt, daß das Kind so lange hungern müsse, „bis alles heraus sei". Sie gibt dem Kind ab und zu teelöffelweise schwarzen Tee zu trinken. Der schließlich hinzugezogene Arzt stellte eine Vergiftung des Körpers infolge Ernährungsstörung fest.

In einem anderen Fall handelte es sich um das Töchterchen eines Arbeiters. Das Kind wurde 4 Wochen gestillt, dann künstlich ernährt, da die Mutter Aufwartestellen zu versehen hatte. Das Kind erkrankte bald darauf an häufigem und starkem Erbrechen. Die Mutter ernährte es darauf 5 Tage lang ausschließlich mit Tee. Dann wird es einem Arzt vorgestellt, der einen Pförtnerkrampf des Magens feststellt. Das Kind war völlig entkräftet. Eine sehr langdauernde Behandlung durch Ernährung mit Frauenmilch vermochte das Kind wieder in einen guten Zustand zu bringen.

Ueber den Vitamingehalt gewisser Nahrungsstoffe bestehen sehr häufig falsche Auffassungen. Diese müssen durch genaue Anweisungen über vitaminreiche Lebensmittel und deren Zubereitung bekämpft werden. Den Müttern muß gezeigt werden, daß z. B. Tomaten und rohe Mohrrüben einen guten und in manchen Jahreszeiten billigen Saft liefern. Bei der Frage nach der Zubereitung der Gemüse erfährt man bisweilen, daß die Mütter das Gemüsewasser noch fortgießen, ohne zu wissen, daß sie einen wertvollen Teil davon vernichten. Sie begründen es mit der Angabe, daß das Kind nicht zu „suppig" essen soll.

Zur Erläuterung mögen folgende Beispiele dienen:

Das 8 Monate alte Töchterchen eines Bankangestellten wurde tadellos gepflegt, täglich gebadet und ins Freie gebracht. Die Mutter nährt es noch vollständig selbst, da es „so zierlich und empfindlich ist". Es wurde lediglich ab und zu etwas Apfelmus mit dem Teelöffel gegeben. Ueber die ausgeprägte englische Krankheit, die der Arzt zur größten Verwunderung der Mutter feststellte, war die Mutter tief betrübt und gekränkt.

In einem anderen Fall handelte es sich um einen 5 Monate alten Säugling. Der Vater war Arbeiter, die Familie bewohnte eine sauber gehaltene, aber dunkle Hofwohnung. Da die älteste Tochter eine hochgradige englische Krankheit gehabt hatte, wurde der Mutter gesagt, daß sie Obstsäfte zufüttern müsse. Die Mutter gab sowohl der Einfachheit wie der Billigkeit halber verdünnten Himbeer- oder Kirschsaft, den sie als dick eingekochten Sirup im Laden kaufen konnte. Zwischendurch versuchte sie es auch einmal mit frischem Zitronensaft, der aber von dem Kind nicht genommen wurde, da es an den süßen Saft gewöhnt war. Die Mutter beunruhigte sich nicht weiter darüber, sondern glaubte, daß es gleichgültig wäre, welche Art von Saft sie zu verabreichen hätte. Das Kind bekam eine schwere englische Krankheit.

Andererseits kommt es neuerdings häufig vor, daß Mütter, die bereits über die Wichtigkeit der vitaminhaltigen Beikost aufgeklärt sind, jeden Nahrungsbedarf ihres Kindes ausschließlich mit frischem Obst zu decken versuchen:

Eine 22jährige Mutter aus guten Verhältnissen brachte ihr erstes Kind, einen 7 Monate alten Säugling, zum Arzt, da das Kind viel schreit, besonders nachts. Das Kind wurde 3½ Monate gestillt und hatte sich bis dahin gut entwickelt. Jetzt wog es trotz seines Alters entsprechender Länge von 68 cm nicht etwa wie notwendig gewesen wäre 7500 g, sondern nur 6350 g. Es ergab sich, daß die Mutter ihrem Kinde hauptsächlich rohe, geschabte Aepfel verabreicht hatte. Gleichzeitig hatte sie die Breikost stark eingeschränkt, da sie der Meinung war, daß die Kinder „von den Milchpampsen nur dick würden". Bei dieser Ernährung wurde das Kind nicht satt und litt infolge der Unterernährung.

Den Müttern muß gezeigt werden, wie man Nahrungsmittel in geeigneter Weise frischhält. Niemals darf es einem Kinde überlassen bleiben zu beurteilen, ob eine Speise noch genießbar ist. Gerade das Aufheben von Fleischgerichten in der heißen Jahreszeit wird oft falsch gemacht:

Zwei Geschwister, 1 und 3 Jahre alt, Kinder eines Arbeiters, wurden mit einer schweren Darmerkrankung in ärztliche Behandlung gebracht. Die Mutter, die nebenbei Aufwartestellen versah, erzählte, daß sie von ihrer Dienststelle am Montag einen Rest des Sonntagsfleisches mitbekommen habe. Dienstag gab sie davon ihren Kindern, ihrem Manne hatte es nicht geschmeckt. Auf die Frage, ob sie nicht daran gedacht hätte, daß das Fleisch verdorben wäre, nachdem ihr Mann es abgelehnt hatte, es zu essen, sagte sie, daß die Kinder es gerne verzehrten, sie hätte es auch gut zugedeckt, „Fliegen wären nicht daran gekommen und gerochen hätte es auch nicht".

Alkoholische Getränke dürfen in keiner Form an Kinder verabreicht werden. Leider wird dieser Grundsatz von vielen Eltern nicht beherzigt. Sie müssen daher immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Alkohol hemmend auf die geistige und körperliche Entwicklung des Kindes wirkt.

Einzigartig ist die Unkenntnis wie die Verantwortungslosigkeit in folgendem Fall: Ein 3jähriger Sohn eines Gastwirts trank häufig die Reste aus Biergläsern aus. Die Eltern und Gäste freuten sich über die Trunkenheit, die sich regelmäßig einstellte. Das Kind starb mit 3 Jahren an einer Leberschrumpfung!

Oft genug hört man, daß Kinder regelmäßig Malzbier als Getränk erhalten, da nach Auffassung der Eltern nur sehr wenig oder gar kein Alkohol darin enthalten wäre. Leider ist es keine Seltenheit, daß Eltern ihren Kindern Wein oder sogar Schnaps zu trinken geben.

Diese wenigen Fälle geben schon ein gutes Bild, auf wie viele Art die kindliche Gesundheit Schaden erleiden mußte, weil die Mutter auf Grund falscher Vorstellungen über die Ernährung des Kindes sich schwerwiegender Fehler schuldig machte.

Zusammenfassend möchte ich folgende Gesichtspunkte zu den Fehlern in der Ernährung hervorheben:

Die Mütter müssen darüber aufgeklärt werden,

daß die Muttermilch die beste Nahrung für den Säugling ist,

daß die künstliche Säuglingsernährung ein nur sehr unvollkommener Ersatz ist,

daß die käuflichen Nährmittel niemals ausreichen, das Kind gesund zu erhalten.

Die Mütter müssen den ernährungsgestörten Säugling sofort dem Arzt oder der Beratungsstelle vorstellen.

Die Mütter müssen über vitaminreiche Lebensmittel und deren Zubereitung unterrichtet werden.

Die Mütter müssen lernen, wie man Nahrungsmittel frisch hält.

Die Mütter dürfen keine alkoholischen Getränke an ihre Kinder verabreichen.

Stillfrage.

Im Vordergrund der Säuglingsernährung steht die Stillfrage. Sie bedarf einer eingehenderen Würdigung. Der Einsatz aller in der Gesundheitspflege Tätigen zur Aufklärung der Mütter über die Notwendigkeit der Muttermilchernährung des Säuglings hat stattgefunden. Zahlungen von Stillgeldern und Stillprämien sollen diese Aufklärungsarbeit unterstützen, um geldliche Einbußen durch Ausfall der Erwerbstätigkeit durch das Selbststillen wieder wettzumachen.

Die Erfolge der künstlichen Säuglingsernährung sind nicht zu bestreiten, sie darf aber niemals den Anspruch erheben, die Muttermilchernährung vollwertig zu ersetzen. Bei der Entscheidung zwischen Frauenmilch- und künstlicher Ernährung wird das Nichtwissen der Mutter oft durch die geschickte Werbetätigkeit der Nährmittelhersteller ausgenützt. Kollmann (12) faßt seine Erfahrungen dahingehend zusammen: „Ein gefährlicher Feind aller Stillpropaganda ist die Reklame mancher Kindernährmittelfabriken, die junge Mütter mit ihrem Propagandamaterial geradezu überschwemmen und oft ungeheure Verwirrung in den Köpfen anzurichten vermögen." Es bedeutet eine gewissenlose Irreführung, wenn ein Kindermehl gegen alle vorkommenden Ernährungsstörungen des Säuglings und darüber hinaus auch gegen jegliche Verdauungsstörung von größeren Kindern und Erwachsenen (Typhus, Ruhr, Krebsleiden) angepriesen wird. In einem anderen Fall empfiehlt eine Brauerei ihr Bier als flüssige Nahrung für die Wöchnerinnen und für eine Reihe von angegebenen Leiden.

Als Mittel zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung steht den Frauen noch die Zwiemilchernährung zur Verfügung. Leider hört man immer wieder und auch Hoffmann (8) weist darauf hin, daß die Frauen gegen diese Form der Nahrung mißtrauisch sind, da es eine weitverbreitete Ansicht ist, daß „zwei Milcharten sich nicht zusammen vertrügen". Es ist daher notwendig, die Frauen davon zu überzeugen, daß diese Ansicht falsch ist und daß es besser ist, einen Teil Frauenmilch zu geben als gar keinen.

„Das Nichtstillen ist der große Letalfaktor für das Kindersterben", sagt Husler (10) und fordert die Daueraufsicht über die allgemeine

Stillhäufigkeit und über die durchschnittliche Stilldauer und ihre Auswirkungen. Leider fehlen umfassende zahlenmäßige Erhebungen, die über die Aufklärungsarbeit und ihre Erfolge etwas aussagen.

Im folgenden führe ich Zahlen über die Stillhäufigkeit in allen Bezirken Groß-Berlins an, die in den Säuglingsberatungsstellen erhoben wurden. Es handelt sich dabei um erstmalig vorgestellte Säuglinge, demnach könnten Doppelzählungen nicht zu einem falschen Bild führen. Zum Vergleich dienen die Zahlen über Zwiemilch- und Flaschenernährung.

(Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin: „In den städtischen Säuglings- und Kleinkinderbetreuungsstellen erstmalig vorgestellte Säuglinge nach der Ernährung", Jahrgang 1932-1937)

Jahr	eheliche Kinder bis 1 Monat alt			uneheliche bis 1 Monat alt		
	Brustm.	Zwiem.	Flasche	Brustm.	Zwiem.	Flasche
1931	12 636	1878	653	2120	261	172
1932	12 450	1866	594	2165	254	137
1933	12 876	1956	605	2159	277	114
1934	16 672	3273	892	2101	390	184
1935	14 393	3668	925	1718	382	163
1936	12 931	3814	826	1812	405	160
	eheliche Kinder 1-3 Monate alt			uneheliche 1-3 Monate alt		
1931	4261	1735	1317	431	219	359
1932	3731	1598	1227	495	223	288
1933	3947	1730	1160	533	203	259
1934	5143	2594	1618	532	258	298
1935	5558	3581	2119	484	292	386
1936	5566	3829	2290	440	381	429
	eheliche Kinder 3-6 Monate alt			uneheliche 3-6 Monate alt		
1931	424	388	1511	67	51	694
1932	360	360	1176	51	48	518
1933	418	354	1019	78	45	558
1934	505	419	1246	54	51	371
1935	591	664	1725	60	59	378
1936	539	649	1885	46	71	370
	eheliche Kinder 6-12 Monate alt			uneheliche 6-12 Monate alt		
1931	82	165	1745	16	32	718
1932	80	158	1347	20	38	510
1933	103	108	1025	26	29	331
1934	120	113	919	22	30	330
1935	148	234	1574	31	30	353
1936	106	205	1657	15	29	327

Diese Erhebungen entsprechen keineswegs den von Pohlen (14) geforderten, um wirklich einen genauen Eindruck über die Stillverhältnisse zu erhalten. Dennoch zeigen sie, daß die Zahl der Brustkinder in den letzten Jahren zugenommen hat, aber auch die Zahl der mit Zwiemilch und Flasche ernährten Kinder. Diese Steigerung hängt offenbar mit der Zunahme der Geburten zusammen. Gleichzeitig lassen diese Zahlen erkennen, daß mit höherem Alter des Säug-

lings die künstliche und die gemischte Ernährung zuungunsten der natürlichen Ernährung unverhältnismäßig stark zunimmt.

Die bisherige Werbung für das Stillen hat also noch nicht genügende Erfolge gezeitigt! Es liegt noch immer das Bestreben vor, das Abstillen des Kindes zu früh vorzunehmen. Nach vierwöchiger Stilldauer werden die meisten Kinder abgesetzt, trotzdem die Aufklärungsarbeit der Gesundheitsfürsorge wahrscheinlich heute jede Mutter erfaßt und ihr klarzumachen sucht, daß die Muttermilch unbedingt notwendig für ihr Kind sei.

Ein wichtiger Grund für das zu frühzeitige Abstillen scheint mir folgende Tatsache zu sein: Die Krankenkasse zahlt als Wochenhilfe während 6 Wochen vor der Niederkunft Wochengeld in Höhe von ¾ des Grundlohns,

6 Wochen nach der Niederkunft Wochengeld in Höhe des Krankengeldes (gleich ½ Grundlohn),

12 Wochen lang nach der Niederkunft Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes.

Berechnet man nun auf Grund des ortsüblichen Tagelohns in Berlin für gewöhnliche weibliche Tagarbeiter in Höhe von 4,50 RM. (brutto) die Leistungen der Wochenhilfe, so erhält man:

Vor der Niederkunft 6 Wochen lang täglich Wochengeld in Höhe von ¾ des Grundlohns, also 3,37 RM.

Nach der Niederkunft 6 Wochen lang täglich Wochengeld in Höhe des halben Grundlohns, also 2,25 RM. Dazu ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes (¼ des Grundlohns), also 1,12 RM., zusammen demnach 3,37 RM.

Diese Regelleistung der Krankenkasse ist nach Ablauf von 6 Wochen beendet. Falls die Frau nun weiterstillt, erhält sie für weitere 6 Wochen das Stillgeld von 1,12 RM. Die auf Erwerb angewiesene Frau muß also eine Arbeit annehmen, die aber ein gewisses Maß körperlicher Anstrengung nicht überschreiten darf, ohne das Stillgeschäft zu gefährden.

Daraus ergibt sich, daß beim Aufhören der Regelleistung ein bedeutungsvoller Zeitpunkt für die Stilldauer eintritt. Tatsächlich kommt er auch in unseren Zahlen durch starke Abnahme der Zahl der Brustmilchkinder nach Ablauf des ersten Monats zum Ausdruck.

Weiterhin ist in Betracht zu ziehen, daß das Gesetz über die Beschäftigung vor und nach der Niederkunft vom 16. Juli 1927 die Beschäftigung von Frauen während 6 Wochen nach der Niederkunft in allen öffentlichen oder privaten gewerblichen oder Handelsbetrieben verbietet, nach Ablauf von diesen 6 Wochen aber wieder erlaubt.

Es ist nun durchaus nicht der Fall, daß es immer am guten Willen zum Selbststillen fehlt. Gerade in den ärmeren Gegenden ist die Stillhäufigkeit am höchsten, da die Muttermilch auch die billigste Ernährungsform ist. Diese Beobachtung deckt sich mit den Angaben von

Birk (3), daß die ungünstigen Wirtschaftsverhältnisse der Inflation zu einer beträchtlichen Erhöhung der Stillhäufigkeit in Deutschland geführt haben. Vergleichen wir dazu die Erhebungen der Säuglingsberatungsstellen in den einzelnen Berliner Bezirken, so ergibt sich:

Von je 100 in den städtischen Säuglingsbetreuungsstellen vorgestellten Säuglingen wurden 1934 ernährt mit (Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin)

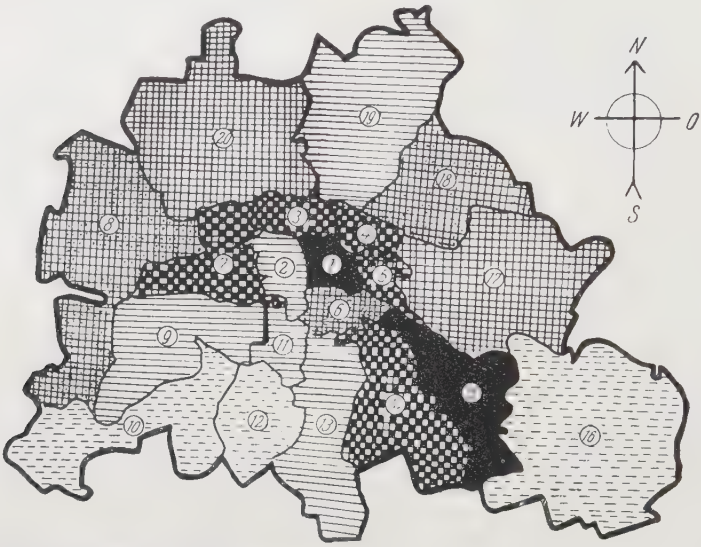
Bezirk	Brustmilch		Zwiemilch		Flasche	
	ehel.	unehel.	ehel.	unehel.	ehel.	unehel.
1. Mitte	77,2	78,7	10,6	8,9	12,2	12,4
2. Tiergarten	56,8	49,7	23,6	20,5	19,6	29,8
3. Wedding	74,2	62,2	14,5	14,6	11,3	23,2
4. Prenzlauer Berg	73,5	69,8	17,5	17,5	9,0	12,7
5. Horst Wessel	73,4	68,5	13,1	11,1	13,5	20,4
6. Kreuzberg	68,6	63,3	18,4	16,4	13,0	20,3
7. Charlottenburg	70,6	58,2	15,5	12,6	13,9	29,2
8. Spandau	65,9	32,9	24,5	30,1	9,6	37,0
9. Wilmersdorf	56,1	44,1	25,8	19,5	18,1	36,4
10. Zehlendorf	51,9	36,0	27,2	4,0	20,9	60,0
11. Schöneberg	58,7	50,6	25,9	26,7	15,4	22,7
12. Steglitz	52,8	50,0	26,9	15,8	20,3	34,2
13. Tempelhof	56,7	34,1	27,6	22,4	15,7	43,5
14. Neukölln	71,2	47,9	17,5	13,0	11,3	39,1
15. Treptow	76,6	64,4	13,0	7,8	10,4	27,8
16. Köpenick	53,0	43,4	25,6	23,3	21,4	33,3
17. Lichtenberg	64,5	55,1	21,0	20,7	14,4	24,2
18. Weißensee	66,7	50,0	20,9	25,0	12,4	25,0
19. Pankow	59,3	46,6	23,4	13,7	17,3	39,7
20. Reinickendorf	61,6	60,9	20,4	15,8	18,0	23,3

Zum besseren Verständnis auch für den, der Berlin mit der Verschiedenartigkeit der Bevölkerung in den einzelnen Bezirken nicht kennt, habe ich nach diesen Zahlen (eheliche Brustmilchkinder) versucht, eine zeichnerische Darstellung der Stillhäufigkeit in Berlin zu geben:

Die erste Karte zeigt die Stillhäufigkeit in den einzelnen Bezirken, die zweite Karte stellt die Lage der hauptsächlichsten Berliner Großgewerbe- und Großhandelsbetriebe dar, die im wesentlichen an den Verlauf der Spree gebunden sind.

Vergleicht man beide Karten miteinander, so ergibt sich, daß gerade die Bezirke die beste Stillhäufigkeit aufweisen, die sich mit der Lage der Großbetriebe decken. Diese Bezirke werden in der Hauptsache von Arbeitern bewohnt. Bemerkenswert ist, daß der Südwesten von Berlin von der wirtschaftlich am besten gestellten Bevölkerung bewohnt wird. Dieser südwestliche Teil grenzt sich nach Osten gegen den Bezirk 14 Neukölln scharf ab. Neukölln gehört zur Arbeiterwohngegend. Der Bezirk 2 Tiergarten bildet auf der Karte 1 eine Aussparung. Hier liegen hauptsächlich die Verwaltungsgebäude der Großindustrie, er gehört zur teuersten Wohngegend Berlins (Gesandtschaftsviertel).

Karte 1: Stillhäufigkeit in den 20 Bezirken Groß-Berlins
(entworfen nach den Zahlenerhebungen in den Berliner Säuglingsberatungsstellen im Jahre 1934)



Von 100 Säuglingen wurden

50-55 | 55-60 | 60-65 | 65-70 | 70-75 | 75-80

mit Frauenmilch ernährt.

Karte 2: Lage der hauptsächlichsten Großhandelsbetriebe in Berlin

Nach Ansicht namhafter Verfasser ist das Stillvermögen der Frau durch die Schäden des Krieges und der Nachkriegszeit vor allem durch mangelhafte und unzweckmäßige Ernährung ungünstig beeinflußt worden (Bessau 2). Es ist daher um so erfreulicher, daß es gerade bei den ärmeren Frauen häufiger zum Stillen kommt als bei den besser gestellten, obgleich die Schäden des Krieges in der ärmeren Bevölkerung sicherlich mehr zu spüren sind.

Husler (10) kommt zu folgendem zahlenmäßigem Ergebnis: Auf Grund seiner Untersuchungen (1937) stillen in München 9 v. H. Frauen nicht, 91 v. H. stillen, davon 32 v. H. nur bis 6 Wochen, d. h. ein Viertel der Mutterpflicht, 50 v. H. über 3 Monate, d. h. die Hälfte der Mutterpflicht, 10 v. H. 6 Monate, d. h. volle Mutterpflicht.

Zu diesen Untersuchungen teilt Hoffmann (8) ergänzend mit: Von 1500 durch regelmäßige Beaufsichtigung und Belehrung erfaßten Müttern in Mütterberatungsstellen konnten 43,7 v. H. vollständig stillen, 47 v. H. mußten zur Zwiemilch übergehen, nur 6—7 v. H. mußten innerhalb von 6 Monaten schon ganz künstlich ernähren.

Bemerkenswert sind auch die Untersuchungen, die Husler (10) über 300 klinisch genau verfolgte Säuglingstodesfälle anstellte. Sie ergaben, daß etwa „50 v. H. als vermeidbare Verluste anzusprechen sind". Unter diesen 300 Todesfällen zählte er nur 23 bei gut gestillten Brustkindern. „Danach sind mindestens 50 v. H. der obengenannten Verluste als prophylaktisch angehbar zu schätzen. Der Hauptgrund ist die fehlende oder unzureichende Ernährung."

Diese von Husler (10) angeführten 50 v. H. gehören in das Gebiet der hygienischen Unkenntnisse der Mütter, da diese sich nicht über die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung im klaren sind. Stirbt ein Säugling an Masern oder Grippe, so wird sie den Zusammenhang mit der Ernährung kaum verstehen. Der Arzt wird ihr ebenfalls keine nachträglichen Vorhaltungen machen, denn sie kämen zu spät, außerdem wäre es grausam, den Schmerz der Mutter dadurch noch zu erhöhen. In einem solchen Falle wäre es bei der Geburt eines weiteren Kindes natürlich notwendig, der Mutter den erwähnten Zusammenhang eindrucksvoll klarzumachen, um einem nochmaligen Unglücksfall vorzubeugen.

Um die Frauen zum besseren Stillen zu bringen, verlangt Husler (10) Meldepflicht für die Frauen, die ihre Kinder gar nicht oder nur ungenügend stillen. Birk (3) fordert noch einschneidendere Maßnahmen, so z. B. Beeinträchtigung des Ehegatten in seinem beruflichen Fortkommen (Rückstellung der Beförderung in der Beamtenlaufbahn u. ä.).

Ein derartiges Vorgehen würde den Gebärwillen stark eindämmen, denn eine Frau mit einem Säugling ist dann einer unliebsamen Aufsicht und nach dem Vorschlag Birks (3) sogar einer Gefährdung der Familie ausgesetzt, im Gegensatz zur kinderlosen Frau.

Wie könnte man den Stillwillen der Mütter wirksam unterstützen?

Aus den bisherigen Darlegungen war zu ersehen, wie das Aufhören der Regelleistung der Krankenkasse und der Zeitpunkt des Abstillens im Zusammenhang steht. Die Verlängerung des Wochen- und Stillgeldes würde wahrscheinlich den Stillwillen sehr bestärken, insbesondere die Stilldauer erhöhen, würde aber gleichzeitig eine geldliche Mehrbelastung für die Krankenkasse bedeuten, der sie nicht ohne weiteres nachkommen könnte.

Die Krankenkasse hätte durch Einsparung der Ausgaben für geringfügige Schäden eine Möglichkeit, Mittel zu weiterer Versorgung stillender Mütter zu schaffen. Hoske (9) spricht in diesem Zusammenhang von der Notwendigkeit der „Umstimmung der geistigen Haltung". „Wegen geringster Erscheinungen werden Arzt und Heilmittel in einem Umfange in Anspruch genommen, daß für die schwereren Erkrankungen nicht genügend Mittel vorhanden sind, und gerade für diese eine Leistungsbegrenzung eintreten muß." „Die Krankenversicherung entwickelte sich von einer Hilfskasse, die ursprünglich nur dem Lohnersatz in Krankheitsfällen diente, zu einer Einrichtung, welche die Krankheit selbst betreute ..."

Der Allgemeinheit liegt mehr daran, daß ein Kind genügend gestillt wird als in einem „Kranken", der sich unter Vorspiegelung von unklaren Beschwerden einen Krankenschein zu verschaffen sucht, weil er in Wahrheit ein Recht geltend machen zu können glaubt, da er längere Zeit Beiträge zur Krankenversicherung gezahlt hat. Die genannten einschneidenden Maßnahmen, die Birk (3) und Husler (10) gegen die Mütter, die ihre Kinder nicht genügend stillen, anwenden wollen, wären nutzbringender gegen „Krankenscheinjäger" einzusetzen.

Man müßte den stillenden Frauen den gleichen Verdienst wie den kinderlosen Frauen bei erheblich verkürzter Arbeitszeit und bei einer besonders leichten Arbeitsform gewährleisten. Viele auf Erwerb angewiesene Mütter würden sich das zunutze machen und ihr Kind lieber stillen, statt voll zu arbeiten, da sie den gleichen Lohn erhalten. Eine derartige Sonderstellung der stillenden Frau würde natürlich auf wirtschaftliche Schwierigkeiten stoßen, stillende Mütter würden dann als nicht vollwertige Arbeitskräfte eher entlassen bzw. keine Arbeitsstelle finden. Zwar untersteht die Wöchnerin einem besonderen Kündigungsschutz, ferner hat sie das Recht auf zwei halbstündige Stillpausen während der Arbeitszeit, aber sie kann keine Bezahlung der auf das Stillen verwendeten Zeit beanspruchen. Die dadurch entstehende Benachteiligung der erwerbstätigen stillenden Mütter müßte behoben werden. Die Stillgeldzahlungen müßten für die ganze geforderte Stilldauer von 6 Monaten diesen Lohnausfall auszugleichen suchen. Vielleicht wäre es sogar möglich, durch die genannten Einsparungen der Krankenkasse das Stillgeld zu erhöhen, so daß über den Lohnausgleich hinaus eine je nach Länge der Stilldauer abzustufende Vergütung die stillende Mutter in eine bessere Lage versetzt.

Die Einrichtung der Stillstuben in den Betrieben ist sehr begrüßenswert. Sie verhilft der Mutter zur nötigen Ruhe und Sammlung während des Stillgeschäftes. Sie müßte gesetzliche Pflicht für die Be-

triebe werden, die einen genau festzusetzenden Hundertsatz an weiblichen Arbeitskräften beschäftigen. Mit diesen Stillstuben ließe sich eine regelmäßige Aufsicht über das Stillgeschäft sowie die Betreuung der Säuglinge und Belehrung der Mütter durch eine erfahrene Fürsorgerin verbinden.

Es erscheint mir ferner sehr wichtig, daß die Stillgeldzahlungen in den Stillstuben selbst durch die von der Kasse beauftragte Fürsorgerin stattfinden, und nicht wie bisher üblich auf Grund einer Bescheinigung der Säuglingsberatungsstelle bei den Krankenkassen. Dadurch erspart man der Mutter einmal den Weg zur Beratungsstelle, zweitens den Weg zur Zahlstelle der Kasse. Dieses Entgegenkommen würde von den Müttern dankbar empfunden werden, die Zeit für die Wege käme ihrer Ruhe zugute. Die Beratungsstellen würden entlastet und könnten sich noch eingehender der Untersuchung der kranken Kinder widmen.

(Selbstverständlich wäre die Ausschaltung der stillenden Mütter aus dem Erwerbsleben durch Sicherstellung ihres Lebensunterhaltes die vollkommenste Lösung der Stillfrage, aber ihre Verwirklichung liegt noch in weiter Ferne, wenn sie überhaupt möglich ist.)

Abschließend fasse ich die „Stillfrage" in folgenden Feststellungen zusammen:

Die Werbung für künstliche Säuglingsnährmittel übt einen nachteiligen Einfluß auf das Stillgeschäft aus.

Die falsche Meinung über die Nichtverträglichkeit zweier Milcharten muß zugunsten der Zwiemilchernährung bekämpft werden.

Zwischen dem frühzeitigen Abstillen und dem Aufhören der Regelleistung der Krankenkasse besteht ein Zusammenhang.

Durch Einsparung für geringfügige Schäden müßte die Krankenkasse eine Erhöhung und Verlängerung der Stillgelder vornehmen.

Die Einrichtung von Stillstuben müßte gesetzliche Pflicht werden.

Die Stillgelder müßten in den Stillstuben ausgezahlt werden, um den Müttern Wege zu ersparen.

Körperpflege.

Wie geringfügig die Kenntnisse der Mütter über die für ihre Kinder notwendige Körperpflege sein können, zeige ich in folgendem.

Häufig wissen die Mütter nicht, daß der noch nicht geschlossene Nabel Eintrittspforte für Krankheitserreger werden kann. Daher muß man sie anweisen, daß sie die Nabelwunde mit größter Sorgfalt vor jeglicher Beschmutzung bewahren, daß sie den Schutzverband darüber möglichst unberührt lassen und ihn nicht frühzeitig entfernen. Die Behandlung einer schlecht heilenden Nabelwunde gehört in die Hände des Arztes.

So erlebte ich, wie das 7. Kind einer Arbeiterfamilie, ein Säugling von 3 Wochen, durch völlige Verwahrlosung und Verschmutzung eine Nabelentzündung bekam, an der es zugrunde ging.

Ein anderes Mal handelte es sich um ein uneheliches Kind, das mit der Mutter bei den Großeltern wohnte. Die Mutter hatte sich von der Entbindung noch nicht ganz erholt. Die Großmutter versorgte den Säugling, der noch einen kleinen Nabelschnurrest hatte. Die Großmutter nach den Nabelverband ab, so daß das Kind eine Nabelentzündung bekam. Die Großmutter, die darüber zur Rede gestellt wurde, erklärte, daß bei ihren eigenen Kindern „das Ding allein abgefallen wäre, ohne Pflaster, das wäre Quatsch".

Ein 3 Wochen alter Säugling wurde mit einer nässend eitrigen Hautentzündung in der Nabelgegend in ärztliche Behandlung gebracht. Die Mutter war 10 Tage nach der Entbindung mit dem gesunden Kind aus der Klinik entlassen worden. Der Nabel des Kindes hatte noch etwas genäßt, so daß die Schwester einen Pflasterverband darüber machte mit dem Bemerken, diesen noch einige Tage liegen zu lassen. Durch das Pflaster wurde zunächst eine Hautreizung hervorgerufen. Die Mutter, die die Rötung der Bauchhaut, die schließlich die Ränder des Verbandes überschritt, als Heilungsvorgang mißdeutete, ließ den Verband noch liegen, damit es „darunter erst einmal richtig abheilen könne". Nach 14 Tagen wurde das Kind endlich in obengeschildertem Zustand in ärztliche Behandlung gebracht.

Eine häufig vorkommende Folge unsachgemäßer Körperpflege ist der sogenannte „P a t z k o p f". Den Mütter muß gesagt werden, daß ein A u s s c h l a g a m b e h a a r t e n K o p f ihres Kindes einer noch sorgfältigeren Haarpflege bedarf, damit die Haare nicht mit den Ausschwitzungen der wunden Stellen verkleben. Ueber die dabei anzuwendende Salbe müssen sie den Arzt befragen und nicht irgendeinen Hautcreme daraufschmieren. Von vielen Seiten ist mir bestätigt worden, daß die Mütter derartige Ausschläge sich selbst überlassen und den Kopf nicht mehr reinigen.

So sah ich einen einjährigen Jungen, den die Mutter in die Behandlung brachte. Mutter und Kind machten einen an sich sauberen und gepflegten Eindruck. Das Kind hatte 2 Wochen vorher einen geringfügigen Ausschlag am Kopf bekommen, den die Mutter mit Niveacreme behandelte. Die Haare und die Absonderungen der wunden Stellen waren verklebt. Die Mutter hatte abwechselnd noch gepudert und Salbe darauf getan. Vom Bürsten der Haare hatte sie von vornherein Abstand genommen, weil sie fürchtete, den Zustand dadurch noch zu verschlimmern.

Die R e i n i g u n g v o n N a s e u n d O h r e n führt oft zu gefährlichen Verletzungen, da die Mütter spitze harte Gegenstände, wie Stricknadeln, Haarnadeln oder dergleichen, dazu verwenden. Man muß den Müttern zeigen, daß man mit angefeuchteten Wattebäuschchen Nase und Ohren des Kindes genau so gründlich und ohne Gefahr reinigen kann. Die E n t f e r n u n g e i n e s F r e m d k ö r p e r s a u s N a s e o d e r O h r ihres Kindes darf die Mutter niemals selbst versuchen, sondern sie muß das Kind sofort zum Arzt bringen.

Ein zweijähriger Junge wurde mit durchstoßenem Trommelfell zum Arzt gebracht. Die Mutter hatte die Gewohnheit, die Ohren des Kindes mit einer mit einem Taschentuch umwickelten Stricknadel zu reinigen. Dabei hatte das Kind gezappelt und so war es zur Durch-

stoßung des Trommelfells gekommen. Da das Kind danach sehr schrie, wurde die Mutter ängstlich und brachte es glücklicherweise sofort zum Arzt.

Ein einjähriges Mädchen kam mit einer Lungenentzündung in die Klinik. Als Nebenbefund ergab sich ein nässender und juckender Ausschlag in beiden Gehörgängen. Die Mutter hatte dem Kind niemals die Ohren gereinigt und sich wegen des Ausschlags keine Sorge gemacht.

Ein dreijähriger Junge wurde zum Ohrenarzt gebracht, weil er sich beim Spielen den Kopf eines Zinnsoldaten in das Ohr gesteckt hatte. Die Mutter hatte versucht, ihn mit Draht herauszuholen, ihn dabei weiter in den Gehörgang hineingestoßen und das Trommelfell verletzt.

Die Mütter sind darüber aufzuklären, daß der Nachttopf zum Ueberträger von Krankheiten werden kann, wenn er von mehreren Kindern benutzt wird und nicht nach jeder Benutzung gründlich gereinigt wird. Der Nachttopf ist für das Kleinkind gleichzeitig ein Mittel zur Erziehung zur Reinlichkeit, daher darf er nur zweckentsprechend angewendet werden und dem Kind nicht etwa als Sitzgelegenheit oder als Spielzeug dienen.

Ein eineinhalbjähriges Mädchen wurde mit einer Furunkulose des Gesäßes in ärztliche Behandlung gebracht. Der gereizte Hautbezirk war kreisförmig und ging auf die Rückseite der Oberschenkel über. Die Ursache dafür war, daß das Kind täglich stundenlang auf einem alten abgeschlagenen Emaille-Nachttopf gesessen hatte. Der durch das Fehlen der Emaille schlecht zu reinigende Topfrand hatte offenbar die Furunkulose verursacht.

Zusammenfassend stelle ich also fest,

daß die Mütter über die Gefahren der Nabelentzündung belehrt werden müssen,

daß die Mütter wissen müssen, daß ein Ausschlag am behaarten Kopf einer sorgfältigen Haarpflege bedarf, und daß die dabei anzuwendenden Salben vom Arzt verordnet werden müssen, damit der häufig vorkommende Patzkopf vermieden wird.

daß den Müttern gezeigt werden muß, wie man beim Kinde die Nase und Ohren reinigt, damit gefährliche Verletzungen durch spitze harte Gegenstände vermieden werden,

daß die Mütter darüber aufzuklären sind, daß der Nachttopf durch Unsauberkeit zum Ueberträger von Krankheiten werden kann. Er darf als Mittel zur Erziehung zur Reinlichkeit des Kindes nicht mißbräuchlich als Sitz oder Spielzeug verwendet werden.

Tuberkulose.

Am schlimmsten werden die Folgen der Unsauberkeit, wenn sich damit die Uebertragung einer Krankheit verbindet. Die Mütter müssen sehr eingehend über die Gefahren der Tuberkulose aufgeklärt werden, insbesondere über die hauptsächlichsten Ansteckungsquellen.

Eine Mutter brachte ihr eineinhalbjähriges Mädchen in die Behandlung. Der Vater der Mutter, 81 Jahre alt, hatte, wie sich später heraus-

stellte, eine offene Lungentuberkulose und spuckte hin und wieder auf den Fußboden. Beim Kind fand man eine Hauttuberkulose des Gesäßes, da es viele Stunden am Tag nur mangelhaft bekleidet auf dem Boden saß und spielte.

Die Mütter müssen dazu angehalten werden, daß sie Milch stets vor dem Genuß kurz aufkochen.

Sehr eindrucksvoll ist das Beispiel der Entstehung einer Tuberkulose der Bauchlymphdrüsen bei einem zweijährigen Mädchen. Die Mutter, die sehr viele Mühe auf die Pflege des Kindes verwendete, gab dem Kind täglich einen halben Liter rohe Milch zu trinken. Leider wurde das Kind dem Arzt erst vorgestellt, als die Tuberkulose schon zu weit vorgeschritten war. Eine Heilung war nicht mehr möglich.

Die Tuberkulose ist die am weitesten verbreitete Krankheit unserer Breitengrade. Meldepflicht jeder Erkrankung und jedes Todesfalles, die Einrichtung der Tuberkulosenfürsorge tragen schon seit vielen Jahren dazu bei, diese Krankheit erfolgreich zu bekämpfen. Wirtschaftliches Elend, wie im Weltkriege, läßt diese Krankheit vermehrt um sich greifen. Jedermann weiß heute schon etwas darüber. Er kennt auch die Art der Ansteckung im allgemeinen durch häufiges oder ständiges Zusammensein mit sogenannten „offen tuberkulösen Menschen". Weniger allgemein bekannt scheint die Gefahr der Ansteckung durch den Genuß unabgekochter Kuhmilch zu sein.

Käme tatsächlich jeder tuberkulös erkrankte Mensch zur Kenntnis des Arztes, so könnte man sicherlich die jährlich neu auftretenden Erkrankungen wesentlich stärker einschränken. Zahlreich aber sind die Fälle, in denen der an sogenanntem „Asthma" leidende Großvater oder Großmutter durch ihre Neigung zu Liebesbezeugungen gegenüber ihren Enkelkindern diese mit Tuberkulose anstecken. Dieses Hüsteln der alten Leute infolge sogenannten „Asthmas" ist vielfach — häufiger sogar als man annimmt — Zeichen einer Alterstuberkulose. Sie ist ärztlicher Behandlung meistenteils gar nicht zugänglich, denn sie verläuft sehr schleichend und macht keine wesentlichen Beschwerden. Die Mütter dieser Kinder ahnen nicht, daß es sich bei ihren Eltern um Tuberkulose handeln könnte, sondern beruhigen sich mit der Erklärung „Asthma".

Czerny (5) sagt, daß „ein Erwachsener, dessen offene Lungentuberkulose in ein geschlossenes Stadium übergeführt ist, seine Familie trotzdem infizieren kann". „Ein Kind mit aktiver Lungentuberkulose ist als infektiös zu betrachten, auch wenn die Sputumuntersuchungen negativ ausfallen." Weiter sagt er: „Solange wir nicht den eindeutigen Nachweis geführt haben, daß derartige unerkannte Bazillenausscheider ungefährlich sind, haben wir mit ihrer Infektionsmöglichkeit zu rechnen, auch wenn uns diese Anerkennung ungelegen ist. Man darf nicht vergessen, daß wir alle Ursache haben, die Infektionsgelegenheiten auf dem Gebiete der Tuberkulose weiter zu klären, denn bei mehr als der Hälfte unserer infizierten Kinder ist uns die Infektionsquelle nicht bekannt."

Nach Angaben des Statistischen Jahrbuchs der Stadt Berlin (17) starben in Berlin an Tuberkulose:

1934	bis 1 Jahr	1-5 Jahren	5-15 Jahren
Tuberkulose der Atmungsorgane	17	25	31
Tuberkulose anderer Organe . .	24	74	43
1935			
Tuberkulose der Atmungsorgane	19	26	30
Tuberkulose anderer Organe . .	24	56	35

Unter Kindern zwischen 0—15 Jahren wurden als an ansteckender Lungen- und Kehlkopftuberkulose leidend 1934 606 und 1935 787 in Berlin gemeldet.

Diese Zahlen erlauben keineswegs Rückschlüsse über die Verbreitung der Tuberkulose unter Kindern. Die gutartigen, d. h. meist nicht tödlich verlaufenden Formen der Knochen- und Drüsentuberkulose lassen sich zahlenmäßig nicht erfassen. Diese Zahlen geben lediglich Auskunft über die bekanntgewordenen Erkrankungen der bösartigsten Formen.

Kemkes (11) berichtet über 3895 Röntgendurchleuchtungen bei Schulkindern zur Untersuchung auf Tuberkulose in Frankfurt am Main in den Jahren 1935—1937: Von diesen 3895 Schulkindern hatten 1059 Zeichen von Tuberkulose!

Abschließend fasse ich zusammen:

Die Mütter müssen über die verschiedenartigen Ansteckungsquellen für Tuberkulose belehrt werden. Alten hüstelnden Leuten dürfen sie ihre Kinder nicht anvertrauen. Milch müssen sie stets abkochen.

Ansteckende Kinderkrankheiten.

Die Mütter müssen dahingehend belehrt werden, daß sie ein an einer ansteckenden Kinderkrankheit leidendes Kind von den gesunden Geschwistern zu trennen haben. Falls die Trennung nicht rechtzeitig stattgefunden hat, muß sie den Arzt darauf aufmerksam machen, damit die gesunden Geschwister unter Umständen durch eine vorbeugende Einspritzung von Impfstoff oder Serum vor der Erkrankung geschützt werden.

Ein siebenjähriges Mädchen brachte aus der Schule Masern mit nach Hause. Die Mutter wollte gern, daß die beiden kleineren Geschwister, drei- und fünfjährig, die Masern gleich mit abmachen. Daher trennte sie die Kinder nicht. Die beiden kleineren erkranken ebenfalls und sterben an einer dazu gekommenen Lungenentzündung.

Der Gedanke, kleinere Geschwister eine in den meisten Fällen verhältnismäßig harmlos verlaufende Krankheit gleichzeitig abmachen zu lassen, hat für die Mutter wirklich etwas Bestechendes. Es soll auch Aerzte geben, die diesen Standpunkt vertreten. Trotzdem muß man die Mütter auf die möglichen Gefahren einer solchen Handlungsweise aufmerksam machen. Durch vorbeugende Maßnahmen hat man es vielfach in der Hand, die Erkrankung zu verhindern.

Andererseits gibt es viele Mütter, die aus Furcht, daß ihre Kinder mit einer Kinderkrankheit angesteckt werden könnten, das Kind vom Besuch eines Kindergartens fernhalten. Diese Ueberängstlich-

keit ist aber genau so wenig am Platze, denn „die Uebertragbarkeit liegt überall vor, wo Menschen in Verkehr treten". „Eine absolute Sicherheit vor derartigen Krankheiten gibt es nur in geschlossenen Anstalten, wie z. B. Waisenhäusern, oder auf Landgütern, auf denen die Kinder vor jedem Verkehr, auch mit dem Erwachsenen, ausgeschlossen sind (Czerny [6]). „Ferner", sagt Czerny (6) in diesem Zusammenhang, „werden die Kindergärten von Persönlichkeiten geleitet, welche in den richtigen Erziehungsmethoden geschult sind, während den Eltern vielfach die notwendigen Kenntnisse fehlen."

Sehr häufig habe ich beobachtet, daß Mütter ihr eigenes Taschentuch dazu benutzen, die Tränen der Kinder zu trocknen, sie zu schneuzen oder sie sogar zu reinigen, nachdem sie das Tuch vorher mit Speichel angefeuchtet haben. Weiterhin sieht man sehr häufig, daß mehreren Kindern nur ein Taschentuch gemeinsam zur Verfügung steht. Durch diese Unsitten wird der Uebertragung von ansteckenden Krankheiten natürlich Vorschub geleistet.

Auch das Küssen der Kinder untereinander oder sogar von Erwachsenen ist eine häufige Ansteckungsquelle, der die Kinder vielfach übermäßig ausgesetzt sind. Den Müttern muß das eindringlich klar gemacht werden unter Hinweis auf die Widerlichkeit, wenn fremde Menschen, deren Gesundheitszustand ihnen nicht bekannt ist, die Kinder durch derartige Liebesbezeugungen belästigen.

Zusammenfassend wiederhole ich, daß
die Mütter ein an einer ansteckenden Kinderkrankheit leidendes Kind von anderen fernhalten müssen,
andererseits die Furcht vor der Ansteckung, z. B. im Kindergarten, unbegründet ist und den Müttern genommen werden muß,
daß die unsaubere Benutzung von Taschentüchern eine Ansteckungsgefahr ist,
daß die Mütter ihre Kinder nicht von fremden Menschen küssen lassen dürfen.

Wundversorgung.

Viele Fehler werden seitens der Mütter bei der Behandlung von geringfügigen Verletzungen, denen die Kinder dauernd beim Spielen ausgesetzt sind, begangen. Splitter werden mit unausgeglühten Nadeln entfernt, Wunden und Hautabschürfungen werden mit schmutzigen Händen von den Müttern berührt oder mit schmutzigen Tüchern verbunden.

Eine Frau kam mit ihrem achtjährigen Jungen, der sich das Schienbein aufgeschlagen hatte, in die Sprechstunde. Die Frau hatte Umschläge mit fast unverdünnter essigsaurer Tonerde darauf gelegt. Die Folge waren tiefe Geschwürsbildungen durch abgestorbene Gewebsteile. Die essigsaure Tonerde ist ein sehr volkstümliches Mittel. Der Glaube ist allgemein verbreitet, daß sie in allen möglichen Fällen hilft, je unverdünnter, desto besser.

Auch die Jodtinktur ist ein sehr beliebtes Volksmittel zur Wundbehandlung. Sie wird vielfach wahllos bei jeder Verletzung an-

gewendet, da die falsche Vorstellung besteht, daß sie in jedem Falle die Keime in der Wunde abtötet. Es ist unbekannt, daß die Jodtinktur die Wunde verklebt und dadurch den Abfluß von Verschmutzungen und Eiterungen hemmen kann.

Eine Anleitung, wie man die täglich im Haushalt oder bei den Kindern vorkommenden kleinen Verletzungen zweckmäßig behandelt, wäre für die Frauen sehr wünschenswert. Es wäre kein Schade, wenn man die essigsaure Tonerde und die Jodtinktur ihrer Volkstümlichkeit berauben könnte.

Bekleidung.

Die Frage der Bekleidung ruft oft zwischen der Mutter und den älteren Kindern „Meinungsverschiedenheiten" hervor. Das Sonntagskleid, das nicht beschmutzt werden darf, hemmt das Kind in seinem Bewegungsdrang aus Angst vor Strafe. So wird manches Mal die freie Zeit, die dem Kinde zur Verfügung steht, zur Qual statt zur Erholung. Da gibt es ferner das leidige Halstuch, auf das die Mütter während der kühlen Jahreszeit aus Furcht vor Halsentzündung bestehen. So sieht man oft Kinder mit einem dicken Wolltuch um den Hals, während ein sehr kurzes Röckchen oder Höschen eine unzureichende Bekleidung der unteren Körperhälfte bildet.

Unter den Kindern besteht ein großer Ehrgeiz, im Frühling möglichst das erste Kind zu sein, das Wadenstrümpfe trägt. Im Herbst ist es dann viel weniger schimpflich, bei kaltem Wetter frühzeitig lange Strümpfe anzuziehen. Die Mütter geben in dieser Frage oft des lieben Friedens willen nach. Viel sinnreicher wäre es, wenn die Mütter dafür Sorge trügen, daß ihre Kinder, wenn sie kräftig genug sind, die kurzen Strümpfe zu sinnvollerer Abhärtung länger in den Herbst hinein beibehielten. Die das Bein fest umschließenden Gummistrumpfbänder werden leider sehr häufig getragen. Vom gesundheitlichen Standpunkt sind sie zu verwerfen, denn sie leisten Störungen des Kreislaufs in den Beinen Vorschub (Krampfadern oder dergleichen).

Die Säuglinge werden von den Müttern noch oft zu warm verpackt: So besuchte ich vor einiger Zeit eine Familie und fand das jüngste 4 Monate alte Kind bei 28 Grad Celsius Hitze auf dem Balkon stehen in Wolljäckchen, Wollmützchen und eine warme Decke eingehüllt, weil es dort angeblich „zog".

Kinder, die auf dem Fußboden spielen, müssen immer eine feste Unterlage erhalten, die sie gegen zu starke Auskühlung schützt: Die Mutter eines zweijährigen Jungen, die ihren Sohn in eine Krippe brachte, beklagte sich, daß der Junge dauernd ‚nasse Hosen" hätte. Als das Kind ein paar Tage in der Krippe war, hörten die „nassen Hosen" auf, trotzdem das Kind in keiner Weise erzieherisch in dieser Beziehung beeinflußt worden war. Es stellte sich heraus, daß die Mutter eine Kellerwohnung hatte, wo das Kind fast den ganzen Tag auf dem kalten Fußboden saß und spielte.

Von den Fürsorgerinnen hört man Aehnliches sehr häufig. Dünne Decken als Unterlage schützen nicht gegen die durchdringende Kälte und Feuchtigkeit des Bodens. Auch für das sogenannte „Laufställchen" wird sehr oft eine viel zu dünne Unterlage gewählt. Das Kind, das meist erst im Beginn seiner Steh- und Laufversuche steht, bekommt durch zu starke Auskühlung Blasenstörungen, die sich durch häufiges Urinlassen kundtun. Die Erziehungsversuche in dieser Beziehung sind dann meist ergebnislos. Eine feste Matte hätte diesem Uebel aber sehr bald Einhalt getan.

Leider hat das Gummihöschen sehr zum Schaden des Säuglings eine starke Verbreitung gefunden. So bequem es als Schutz gegen Beschmutzung auch erscheinen mag, so häufig ist es die Ursache für starkes Wundsein der Kinder.

Vielfach ergibt sich bei der Untersuchung, daß Kinder an Plattfüßen leiden und auch über entsprechende Beschwerden klagen, ohne daß die Mütter darauf wesentliche Rücksicht nehmen. Seif (16) berichtet, daß die Mütter im allgemeinen wüßten, daß enge Schuhe, die aus Eitelkeit getragen würden, die Fußform verderben, und daß genügend weite Schuhe gesund sind. Bei allen ergibt sich daraus der Fehlschluß, daß weiche Turnschuhe gesund sein müßten. Man muß die Mutter darüber aufklären, daß das oft schwache Fußgerüst der Kinder besonders beim Laufen auf den hartgepflasterten Straßen der Großstadt in vielen Fällen eine Unterstützung braucht, die gut angepaßt werden muß und deshalb nur mit Sachkenntnis auszusuchen ist.

„Am Anfang aller Fußhygiene steht der Kampf gegen die Rachitis", sagt Schede (15). „Beim rachitischen Kind bleibt der Fuß flach, und die beim gesunden Kind stattfindende Bildung des Fußgewölbes tritt nicht ein." „Der Fuß des gesunden Kindes braucht vor allem freie Entwicklung und Uebung, welche am besten durch das Barfußgehen auf natürlichem Boden gewährleistet wird. Die Furcht vor Erkältungen wird meist übertrieben. Erkältungen gibt es, wenn der eingeschlossene Fuß im feuchten Strumpf kalt wird."

Zusammenfassend läßt sich also sagen:

Die Mütter müssen über zweckmäßige Kleidung für die Kinder belehrt werden. Das Sonntagskleid des Kindes sollte verschwinden, ebenso das wollene Halstuch als Schutz gegen Halsentzündung, dafür aber für wärmere Kleidung der unteren Körperhälfte sorgen.

Kurze Strümpfe sollen nur im Sommer getragen werden, kräftige Kinder können sie bis in den Herbst beibehalten. Schnürende Gummistrumpfbänder sollen abgeschafft werden.

Säuglinge dürfen nicht zu warm verpackt werden, Strampelfreiheit muß ihnen gewährt werden.

Eine feste Matte ist für ein auf dem Fußboden spielendes Kind als Unterlage gegen zu starke Auskühlung notwendig.

Das Gummihöschen soll als Kleidungsstück abgeschafft werden.

Die Mütter sollen auf Fußbeschwerden der Kinder achten.

Erziehung.

„Was eine zweckmäßige Ernährung für den Körper bedeutet, das bedeutet eine richtig geleitete Erziehung für das Nervensystem. Die fortschreitende Kultur bringt Nachteile für das Nervensystem mit sich, die sich bereits an den Kindern in besorgniserregender Art geltend machen" (Czerny, 6).

Die Art und das Maß der Bestrafung stehen oft in keinem Verhältnis zu der Unart des Kindes. Die häufige Anwendung der gleichen Strafe stumpft das Kind ab und bringt es zu anderen Fehlhandlungen, die folgenschwer für die kindliche Gesundheit werden können:

Ein vierjähriges Mädchen, die einzige Tochter eines Kaufmanns in guten Verhältnissen, kam ins Kinderheim. Zu Hause war das Kind nach jeder kleinen Unart damit bestraft worden, daß es für Stunden ins Bett gelegt wurde. Das Kind onanierte bei jeder Mittagsruhe und auch sonst sehr häufig. Es sah begreiflicherweise sehr schlecht aus, litt an Blasenstörungen und war sehr schwierig in der Erziehung.

Das Kind bleibt zu wenig sich selbst überlassen. Viele Eltern versuchen schon vor dem schulpflichtigen Alter ihrem Kinde Lesen, Schreiben oder Rechnen beizubringen, ohne zu wissen, daß sie dadurch der geistigen Entwicklung vorweggreifen und es nervös machen. Alle Kinder brauchen täglich eine Zeit, in der sie sich selbst beschäftigen, ohne Sorge darum, daß sie sich langweilen könnten. Ein gesundes Kind langweilt sich nicht. Ein einziges billiges Spielzeug kann während dieser Zeit seine reiche Phantasie stundenlang beschäftigen. Nur das nervöse, durch eine falsche Erziehung schon verdorbene Kind verlangt beschäftigt zu werden. Ein ganzer Schrank voll erlesener Spielsachen vermag seine Aufmerksamkeit kaum zu fesseln.

Das Spielzeug des Kindes soll so einfach wie möglich sein. Je einfacher es ist, desto reicher sind die Vorstellungen, die das Kind damit verbindet. Für die Mütter ist auch der Hinweis nötig, daß sie dem Kleinkinde nicht Knöpfe, Erbsen, Bohnen oder sonstige kleine Gegenstände, die das Kind verschlucken oder sich in Nase und Ohren stecken kann, zum Spielen gibt oder in erreichbarer Nähe des Kindes läßt. Das gleiche gilt selbstverständlich auch für Nadeln, Scheren usw.

Ein Kind versucht immer, seinen Willen gegen den seiner Umwelt durchzusetzen. In dem Maße, wie die Eltern dem kindlichen Willen eine Schranke setzen, werden sich die erzieherischen Erfolge offenbaren. Ein schwächliches Nachgeben führt zur Ungehorsamkeit des Kindes, während das Abschlagen jeden kindlichen Wunsches zu Unaufrichtigkeit führen kann.

An der Nordsee machte ich folgende Beobachtung: Der dreijährige, sehr verzogene Sohn von reichen Eltern, das einzige Kind, hatte seine Hauptfreude am Baden. Auch bei kühlem Wetter und starkem Wellengang badete das Kind täglich 20—30 Minuten. Anderen viel gesünderen Kindern vom Kinderheim wurde das Baden nur alle zwei Tage und dann meist nur 2—5 Minuten erlaubt. Dieses blasse und sehr nervöse Kind aber machte großes Geschrei, wenn es aus dem Wasser sollte. Deshalb gaben die Eltern nach und freuten sich im stillen über die

„Forschheit" ihres Zöglings. Andererseits wurde die Aerztin von den Eltern bestürmt, dem Kind doch „etwas zur Kräftigung" zu verschreiben.

Häufig sah ich andererseits, daß kleine Kinder, die von der Größe der See, den hohen Wellen und dem lauten Brandungsgeräusch völlig eingeschüchtert waren, von ihren Eltern ohne Verständnis für das Sträuben des Kindes ins Wasser gebracht wurden. Diese Kinder bekommen alle durch das gewaltsame Vorgehen eine solche Angst vor dem Wasser, daß ihnen später noch die Freude am Baden genommen ist. Das tägliche Badenmüssen beeinträchtigt geradezu die Erholung des Kindes. Beim Spielen gewöhnen sich die Kinder ganz selbständig daran.

Die Erziehung des Kindes mit Hilfe von Furchtvorstellungen („Gespenst", „schwarzer Mann", „Schupo") ist leider sehr verbreitet. Derartig „erzogene" Kinder sind nervös, schrecken nachts auf und können schweren Schaden in der geistigen und körperlichen Entwicklung erleiden.

Der „Schnuller" als Beruhigungsmittel für kleine Kinder ist durch die sehr häufig unsaubere Handhabung seitens der Mütter (Anfeuchten mit Speichel, Füllen mit vorgekautem Brotbrei, oberflächliches Abwischen des zu Boden gefallenen Schnullers usw.) als gesundheitsschädlich abzulehnen. Sein Wert als Beruhigungsmittel für unruhige Kinder wird durch die damit verbundene Unsauberkeit stark herabgesetzt. Zahlreiche junge Mütter haben sich davon überzeugen lassen, sie wenden erfreulicherweise den Schnuller bei ihren Kindern nicht an.

Abschließend fasse ich zusammen,
daß die Mütter bzw. die Eltern zur Kindererziehung wissen müssen, daß Art und Maß der Strafe der Unart des Kindes angepaßt sein muß,
daß häufige und vielseitige Einwirkungen das Kind nervös machen, daß einfaches Spielzeug am besten ist,
daß der Willen des Kindes nicht alles ertrotzen darf, daß dem Wunsch des Kindes aber Gehör geschenkt werden muß,
daß Furchtvorstellungen wie „Gespenst", „schwarzer Mann", „Schupo" nicht als Erziehungsmittel dienen dürfen,
daß der „Schnuller" als Beruhigungsmittel gesundheitsschädlich ist.

Die von mir mitgeteilten Fälle haben ein buntes Bild von der Vielfalt der vorkommenden Fehler in der Pflege des Kindes ergeben. Ich machte die Erfahrung, daß es Frauen gibt, die einer gesundheitlichen Belehrung nur wenig zugänglich sind. Andererseits sah ich Frauen, die fähig und guten Willens sind, ihren Kindern die richtige Pflege angedeihen zu lassen, wenn ihnen die entsprechende Aufklärung zuteil wird.

In folgendem gebe ich eine kurze Uebersicht der verschiedenen Wege, die zur Aufklärung über die Gesundheitspflege des Kindes bestehen, und einige Vorschläge, die mir zweckmäßig erscheinen.

Wege der hygienischen Belehrung.

Die Belehrung der Frauen richtet sich schon an die jungen Mädchen zwischen 14 und 18 Jahren entweder im „Bund Deutscher Mädel" oder in den Berufs- und Frauenschulen, in denen Unterrichtsstunden über Gesundheits- und Kleinkinderpflege stattfinden. Schon in der Volks- bzw. höheren Schule könnte im Zusammenhang mit dem naturkundlichen Unterricht der Altersstufe entsprechend mehr noch wie bisher eine derartige Belehrung stattfinden.

Die Fortsetzung der Ausbildung geschieht im „weiblichen Arbeitsdienst", in den „Bräuteschulen", „Mütterschulen" und Wanderlehrgängen des „Reichsmütterdienstes", die zum Teil erst im Entstehen sind. (Bis 1937 bestanden in Deutschland 150 Mütterschulen. 1935 wurden 330 000 Frauen und Mädchen geschult.)

In diesen Lehrgängen sollen die Frauen schon vor der Geburt des Kindes das nötige Wissen und die täglichen Handhabungen bei der Pflege des Kindes erlernen. Ein solcher Ausbildungsgang dauert etwa 10 Tage und umfaßt 12 Doppelstunden. Der Lehrgang gestaltet sich etwa folgendermaßen:

1. Tag: Besprechung der Schwangerschaft. Vorzeigen und Besprechung der richtigen Säuglingsausstattung.
2. Tag: Geburt, Wochenbett, Pflege der Wöchnerin.
3. Tag: Das Neugeborene. Versorgung am ersten Tag, insbesondere Einrichtung des Kinderbettes.
4. Tag: Die natürliche Ernährung, richtige Ausübung des Stillens, Wickeln des Säuglings.
5. Tag: Die künstliche Ernährung, Behandlung der Milch, Sauberhalten von Flasche und Sauger, Wiegen des Säuglings.
6. Tag: Gewichts- und Längenwachstum des Säuglings. Das Zahnen. Baden und Windelbehandlung.
7. Tag: Geistige Entwicklung des Kindes.
8. Tag: Die häufigsten Ernährungsstörungen. Hauterkrankungen. Impfen.
9. Tag: Erkältungskrankheiten. Rachitis. Mund- und Nasenschutz, Temperaturmessen, Medizineingeben usw.
10. Tag: Die hauptsächlichsten ansteckenden Kinderkrankheiten.

Man ist von der früheren vorlesungsähnlichen Form abgekommen. Es wird heute der größte Wert darauf gelegt, daß jede Teilnehmerin die bei der Pflege des Kindes notwendigen Handgriffe so lange übt, bis sie sie gut beherrscht. Ferner wird durch zahlreiche Aussprachen den Frauen die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen, und damit auch der Lehrerin ermöglicht, Lücken oder Irrtümer in den Kenntnissen der Frauen zu entdecken.

Nach der Geburt des Kindes stehen der Mutter die Säuglings- und Kleinkinderberatungsstellen zur Verfügung, die „je nach den jeweiligen Verkehrs- und geographischen Verhältnissen, entsprechend der Bevölkerungsdichte, vom Staatlichen Gesundheitsamt" eingerichtet sind (Fenner, 7). Hier erhält die Mutter jederzeit eine kostenlose Beratung über die notwendige Pflege und Ernährung ihres Kindes.

Das Hilfswerk „Mutter und Kind" befaßt sich ebenfalls mit der Aufklärungsarbeit an der Mutter und mit wirtschaftlichen Beihilfen, besonders mit Sachleistungen, z. B. Verfügungstellung von Kinderbetten, Kinderwäsche usw.

Zur Unterstützung der Aufklärungsarbeit gibt es verschiedene Merkblätter. Bisher erschienen von der Reichsarbeitsgemeinschaft für „Mutter und Kind" unter Mitarbeit des Reichsgesundheitsamtes folgende Merkblätter:

Merkblatt für Schwangere und Wöchnerinnen.

Merkblatt für die Ernährung und Pflege des Säuglings- und Kleinkindes.

Merkblatt zur Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter.

Merkblatt zur Verhütung und Heilung der englischen Krankheit.

Merkblatt über die Zahnpflege im ersten Kindesalter.

Sommermerkblatt zum Schutz des Säuglings.

Wintermerkblatt zum Schutz des Säuglings.

Diesen Merkblättern haftet ein Mangel an. Ihre Aufmachung ist nicht ansprechend genug, um von den Müttern genügend beachtet zu werden. Ein derartiges Merkblatt wird sehr bald vernichtet und vergessen. Alle Merkblätter zusammen müßten durch Beigabe von eindrucksvollen Abbildungen, ferner durch künstlerische Aufmachung, vielleicht in farbiger Ausführung, zu einem kleinen Merkbuch umgestaltet werden. Dieses Merkbuch müßte den Frauen bei der Entbindung oder schon bei der Eheschließung kostenlos ausgehändigt werden.

Die Kosten würden natürlich sehr hoch sein. Aus diesem Grunde halte ich es für angebracht, einigen Herstellern von Nährmitteln und Gebrauchsgegenständen der Gesundheitspflege einen besonderen Anzeigenteil zur Verfügung zu stellen, um damit die Kosten decken zu können. Gleichzeitig hätte die Gesundheitsführung dadurch die Möglichkeit, durch Auswahl dieser Anzeigen zu entscheiden, welche Hilfsmittel für die Säuglings- und Kleinkinderpflege wirklich gut brauchbar sind. (Die große Menge der brauchbaren ließe sich dabei wohl nicht anführen. Dem könnte man vielleicht durch mehrere im Anzeigenteil verschiedene Auflagen abhelfen, damit nicht eine bestimmte Gruppe von Herstellern bevorzugt würde.)

Ein derartiges Merkbuch könnte ferner durch Beifügung von leeren Blättern zum Eintragen von Besonderheiten und Verordnungen für das Kind zu einem Leitfaden werden, der bei jeder Mutter Beachtung finden muß. „Der Ratgeber für Mütter", herausgegeben vom Hauptamt für „Volksgesundheit", Hauptamt für „Volkswohlfahrt" und dem

„Reichsmütterdienst" enthält in dem Abschnitt „Der Säugling und seine Pflege" von Bernuth (1) eine in diesem Sinne abgefaßte Darstellung.

In den Lichtspieltheatern werden als Vorfilme sogenannte „Kulturfilme" aufgeführt. Wenn man bedenkt, mit welcher Freude die Zuschauer jedesmal die Kinderdarstellungen auf der Leinewand begrüßen, kommt man zu der Ueberzeugung, daß sich diese Vorliebe leicht für unsere Zwecke ausnutzen ließe. Ohne betont lehrhaft zu wirken, könnte man die Gebiete der Gesundheitspflege des Kindes in diese Filme miteinbeziehen. Auch glaube ich, daß die Väter auf diese Weise mit solchen Fragen vertrauter würden, so daß ein segensreicher Gedankenaustausch zwischen beiden Elternteilen über die Gesundheitsfragen der Kinder in die Wege geleitet wird. (Die Kosten zur Herstellung solcher Filme werden durch die einkommenden Leihgebühren wieder ausgeglichen, wenn nicht sogar Ueberschüsse erzielt werden könnten, die dann der Fürsorgetätigkeit zugute kämen.) Auch der Rundfunk ließe sich in ähnlichem Sinne benutzen.

Zusammenfassung:

Zur Vervollständigung der hygienischen Belehrung sollte ein künstlerisch aufgemachtes Merkbuch mit Abbildungen über die wichtigsten Handgriffe der Säuglings- und Kleinkinderpflege kostenlos an die Frauen verteilt werden. Die Kosten würden durch einen Anzeigenteil für Gebrauchsgegenstände für die Kinderpflege gedeckt werden. Gleichzeitig wäre eine Aufsicht über die Anpreisungen der Hersteller seitens der Gesundheitsführung möglich.

Kulturfilme müßten Fragen der kindlichen Gesundheitspflege darstellen, damit die Väter auch einen Einblick darin hätten. Der Rundfunk ließe sich ähnlich benutzen.

Bisher haben wir gesehen, wie Kinder Schäden erlitten, weil die Mütter wegen Mangel an Kenntnissen in der Gesundheitspflege des Kindes grundlegende Fehler begingen, und welcher Art diese Fehler waren. Ferner sahen wir, welche Wege von der Gesundheitsfürsorge bisher zur Vermeidung derartiger Schäden eingeleitet worden sind und durch welche sie sich vielleicht ergänzen ließen.

Zum Abschluß möchte ich zu der Frage, ob die bisherige Arbeit der Gesundheitsfürsorge die Aufzuchtsbedingungen für Kinder in den letzten 20 Jahren gegenüber der Vorkriegszeit tatsächlich verbessert hat, eine kurze Untersuchung anfügen.

Bisherige Erfolge der Gesundheitsfürsorge.

Auf Grund von Erhebungen des Statistischen Jahrbuchs des Deutschen Reichs (Jahrgang 1937, „Fruchtbarkeits- und Aufzuchtsziffern 1910/11 und 1922—1936") ergibt sich, daß im Deutschen Reich von 100 Lebendgeborenen das erste bzw. das fünfte Lebensjahr überlebten:

Geboren im Jahre	das erste	das fünfte Lebensjahr
1910/11	82,5	78,1
1922	87,2	84,5
1923	87,9	85,4
1924	89,1	86,6
1925	89,6	87,3
1926	90,1	87,9
1927	90,7	88,5
1928	90,6	88,6
1929	91,0	89,2
1930	91,6	89,9
1931	92,0	90,3
1932	92,0	—
1933	92,4	—
1934	93,0	—
1935	93,1	—

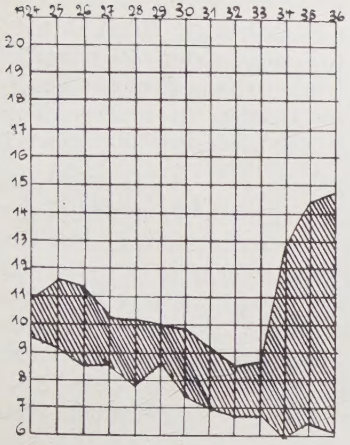
Diese Zahlen ergeben scheinbar, daß sich die Aufzuchtsbedingungen von Jahr zu Jahr gebessert haben. Dennoch muß folgende Tatsache dabei berücksichtigt werden: In dem Maße, wie die Aufzuchtsziffern steigen, also günstiger werden, fallen die Fruchtbarkeitsziffern!

Im Deutschen Reich kamen (gleiche Quelle siehe oben)

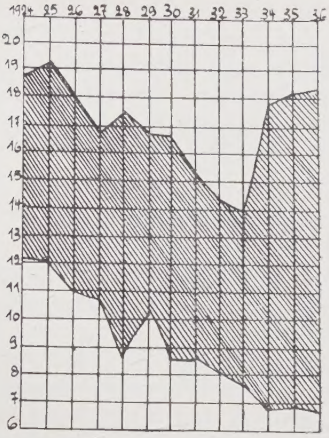
im Jahre	auf 1000 gebärfähige Frauen Lebendgeborene:
1910/11	128,0
1922	90,0
1923	82,3
1924	79,8
1925	80,2
1926	75,4
1927	70,6
1928	71,3
1929	68,7
1930	67,3
1931	62,0
1932	59,5
1933	58,9
1934	73,3
1935	77,3
1936	77,5

Um den Zusammenhang zwischen Aufzuchtsbedingungen und Fruchtbarkeit noch deutlicher zu machen, vergleiche ich die Kurve der Lebendgeborenenziffern mit den Säuglingssterblichkeitsziffern im Zeitraum von 1924 bis 1936, und zwar für Berlin, für die Provinz Brandenburg und für Preußen. Dabei stellt sich heraus, daß die Kurve der Säuglingssterblichkeitsziffern genau so fällt wie die Kurve der Lebendgeborenenziffern. Beide Kurven haben einen annähernd gleichgerichteten Verlauf.

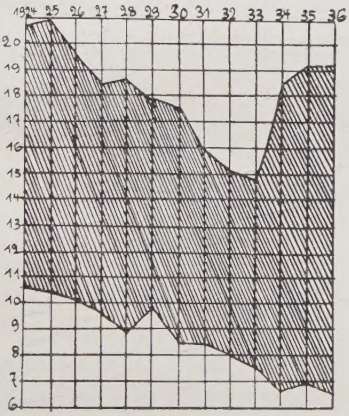
Berlin



Prov. Brandenburg



Preußen



Kurve der Lebendgeborenenziffer auf 1000 Einwohner

Kurve der Säuglingssterblichkeitsziffer auf 100 Lebendgeborene

Erst zu einem Zeitpunkt (hier 1933/34), in dem einmal die vermehrte Gebärfreudigkeit zu einer Steigerung der Geburten und andererseits die gesundheitsfürsorgerische Aufklärungsarbeit zur Senkung der Säuglingssterblichkeit führt, laufen die vorher gleichgerichteten Kurven in entgegengesetzten Richtungen auseinander. Zwischen beiden Kurven liegt für Berlin, Provinz Brandenburg und Preußen eine verschieden breite Fläche. Je breiter diese ist, desto größer ist auch die Fruchtbarkeit der betrachteten Gegend.

Der Zusammenhang zwischen Geburtenhäufigkeit (Fruchtbarkeit) und Säuglingssterblichkeit (Fähigkeit zur Kinderaufzucht) muß bei der Beurteilung der Erfolge der Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden. Burgdörfer (4) wies auch darauf hin. Wenn aber, wie es meist der Fall ist, zum Nachweis des Erfolges der Säuglingssterblichkeitsbekämpfung lediglich die Sterblichkeitsziffern auf 100 Lebendgeborene angeführt und verglichen werden, so findet folgende Tatsache zu wenig Berücksichtigung: Bei einer niedrigen Geburtenzahl kommen die zur Mutterschaft geeignetsten Frauen zum Kinde, bei hoher Geburtenzahl auch wenig gut geeignete Frauen. Infolgedessen ist die Lebenstüchtigkeit der Kinder, die doch sicherlich von der Eignung der Frauen zur Mutterschaft abhängt, besser in Gegenden mit geringer Geburtenzahl. Diese bessere Lebenstüchtigkeit der Kinder kann aber eher einen Mangel in der Pflege überstehen.

Demzufolge ist die Senkung der Säuglingssterblichkeitsziffer erst dann als Erfolg der Gesundheitsfürsorge anzusprechen, wenn sie bei Hebung oder bei mindestens gleichbleibender Geburtenziffer erfolgt ist.

Schrifttum.

1. Bernuth, F. von: Der Säugling und seine Pflege, in „Der Ratgeber für Mütter", Reichsmütterdienst.
2. Bessau, G.: Aussprache zu Husler s. d.
3. Birk, W.: Vermeidbare Kinderkrankheiten, Stuttgart 1936.
4. Burgdörfer, F.: Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung, Veröffentl. a. d. Gebiete d. Medizinalverwaltung, Bd. XXVIII, H. 2, 1929.
5. Czerny, A.: angeg. nach Opitz, Die epidemiol. Bedeutung der verkappten Tuberkelbazillenausscheider, Mschr. f. Kinderheilk. Nr. 57, 1933.
6. derselbe: Der Arzt als Erzieher des Kindes, Leipzig 1934.
7. Fenner, K.: Mutter und Kind im heutigen Staate, Staatsmed. Abhandl. Nr. 12, Leipzig 1936.
8. Hoffmann: Zur Stillfrage als zentralem Problem der Säuglingsfürsorge, Oeffentl. Gesundheitsdienst v. 5. 7. 1938.
9. Hoske, H.: Die menschliche Leistung als Grundlage des totalen Staates, Leipzig 1936.
10. Husler, I.: Die Stillfrage als zentrales Problem der Säuglingspflege, Mschr. f. Kinderheilk. Nr. 68, 1937.
11. Kemkes, B.: Reihendurchleuchtungen bei Schulkindern, Oeffentl. Gesundheitsdienst, H. 8, 1938.
12. Kollmann, A.: Stillverhältnisse und Stillprobleme, Oeffentl. Gesundheitsdienst, H. 11, 1938.
13. Merkblätter, herausgegeben v. d. Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind im Reichsausschuß f. Volksgesundheitsdienst, Berlin.
14. Pohlen, K.: Die Statistik der Stillhäufigkeit und Stilldauer, Arb. a. d. Reichsgesundheitsamt, 71, H. 2, Folge II, 1937.
15. Schede, F.: Hygiene des Fußes, Leipzig 1933.
16. Seif, Emmy: Orthopädie im Rahmen der Schulfürsorge, Oeffentl. Gesundheitsdienst v. 5. 5. 1938.
17. Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, Jahrgang 1932—1937.
18. Statistisches Jahrbuch des Deutschen Reichs, Jahrgang 1924—1937.
19. Zeiß, H.: Aufgaben einer Volkskunde, Archiv f. Bevölkerungswissenschaft, 1, 19—35, 1933.

Lebenslauf.

Am 25. 9. 1912 wurde ich, Brigitte Luise Winckler, in Berlin als Tochter des Kaufmanns Kurt Winckler und seiner Ehefrau Luise, geb. Erbslöh, geboren. Vom Herbst 1919 bis Ostern 1925 besuchte ich eine Privatschule und wurde dann in die Obertertia der Westend-Schule in Berlin aufgenommen, die ich Ostern 1931 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Von Ostern 1931 bis Ostern 1932 lernte ich Säuglings- und Kleinkinderpflege im Viktoria-Säuglingsheim in Berlin-Schlachtensee. Nach Ablegung der staatlichen Säuglingspflegerinnen-Prüfung Ostern 1932, begann ich das Medizinstudium an der Universität in Berlin. Während der Semesterferien arbeitete ich mehrmals als Kinderpflegerin im Kinderheim „Parva Domus“ in Westerland auf Sylt.

Im Herbst 1934 legte ich das ärztliche Vorexamen in Berlin ab. Im Februar 1938 beendete ich das ärztliche Staatsexamen in Berlin mit dem Urteil „gut“.

Im April 1938 trat ich als Medizinalpraktikantin in die Kinderklinik der Charité in Berlin ein.

Meine Bestallung erhielt ich am 1. April 1939.